Le Numéro : 15 CENTIMES — 24 Août 1895. — 7 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Étranger . . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin des hôpitaux.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL
Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

LES FORMES DE LA PHTISIE PULMONAIRE, par le Dr A.-F. Plicque. 329
MÉDECINE PRATIQUE. Traitement prophylactique des perforations des ulcères ronds de l'estomac 331
DEUXIÈME CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE, tenu à Bordeaux du 8 au 14 août 1895. 332
CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE, tenu à Bordeaux du 8 au 14 août 1895. CXXVI
SOCIÉTÉS SAVANTES CXXVIII

NOUVELLES

2e Congrès de thalassothérapie tenu à Ostende du 27 au 31 août 1895. — 26 août, arrivée des congressistes ; à 8 h. du soir, réception à l'hôtel-de-ville d'Ostende.

27 août, à 10 h., séance d'inauguration et questions diverses ; à midi, visite à l'Aquarium ; à 3 h., questions diverses ; à 8 h., concert au Kursaal.

28 août, à 10 h., discussion de la première question : *la phtisie pulmonaire au bord de la mer* ; à midi, déjeûner offert aux congressistes ; à 2 h., départ pour Middelkerke. — Continuation de la discussion à l'hôpital maritime ; à 6 h., retour à Ostende ; à 8 h., bal gala au Casino

29 août, à 10 h., discussion de la deuxième question : *Technique de la cure marine* ; à 3 h., séance de clôture.

30 août, de 9 à 3 h., promenade en mer, inspection des différentes plages de bains du littoral ; à 7 h., banquet.

Conseil des Facultés. — Le Conseil général des Facultés de Paris a exprimé le vœu de la création à la Faculté des sciences de conférences pratiques de physiologie.

CORRESPONDANCE

Étrépagny, 18 août 1895.

J'ai observé récemment un fait qui me paraît être d'un double enseignement ; j'ai traité avec succès, au commencement d'août, une diphtérie avec du sérum datant du mois de mars, c'est-à-dire de près de cinq mois. Ce fait est important à connaître, bien des pharmaciens arguant de l'impossibilité de conserver ce remède, très cher et très altérable selon eux, pour n'en pas posséder d'avance, ce en quoi ils se montrent peu soucieux de la santé publique.

Le second point important de mon observation est qu'il s'agit d'une fillette chétive, délicate, âgée de six ans, dont une sœur de neuf ans est morte de diphtérie il y a quelques années, qui a déjà eu cette année même une atteinte de diphtérie au milieu du mois de mai. Elle a guéri au bout de huit à dix jours, après des injections de sérum, beaucoup moins rapidement que cette fois. Depuis cette époque on lui a fait quelques recherches dans la gorge pour des végétations adénoïdes. Ces recherches ont-elles favorisé la répullulation du bacille de Lœffler ? Peut-être. En tous cas, l'immunité acquise à la suite de la première injection n'a pas duré plus de deux mois.

Veuillez agréer, etc. Dr BOURDON.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

TENU A BORDEAUX DU 6 AU 8 AOUT 1895 (*Suite*) [1].

SECTION DE GYNÉCOLOGIE

De l'urétrocèle et de ses variétés. — Dr **André Boursier** (de Bordeaux). Les auteurs qui se sont occupés de l'urétrocèle, S. Duplay, Newmann, Padpremier (thèse de Paris 1887), Emmet, Heyder, Ozenne, Etienne (de Nancy), ont confondu sous ce nom deux ordres de tumeurs : 1° des *urétrocèles vraies*, formées par la dilatation partielle et sacciforme de la paroi inférieure de l'urètre, faisant saillie dans le vagin, et communiquant avec le canal par un orifice de forme et d'étendue variable, permettant le libre accès de l'urine dans sa cavité, et 2° de *fausses urétrocèles* comprenant toutes les tumeurs liquides sous-urétrales en communication avec le canal urétral, et dans lesquelles l'urine peut pénétrer, quelle que soit leur origine. Ces deux variétés paraissent dignes d'être séparées.

Voici un exemple d'urétrocèle vraie. Il s'agit d'une femme de quarante-quatre ans, habitant Cognac, qui vint à la clinique gynécologique de la Faculté, en 1895. Elle a eu sept grossesses, terminées par des accouchements à terme et normaux, et une fausse couche de deux mois, sans cause connue, qui a brusquement interrompu la quatrième grossesse. Un an avant son dernier accouchement, la malade est prise de phénomènes de cystite, avec douleurs vives dans la région lombaire et vers l'anus. En même temps elle se sent, souvent et surtout après la marche, inondée de pertes épaisses, jaunâtres, plus ou moins franchement purulentes, la plupart du temps fétides.

A l'examen, on s'aperçoit que ces pertes proviennent d'une petite tumeur sous-urétrale, ovoïde, à grand axe parallèle à celui du canal, et faisant saillie à travers la paroi vaginale antérieure, à un centimètre et demi en arrière du méat. Cette tumeur est réductible et sa pression fait sortir du muco-pus par le méat ; une sonde promenée le long de la paroi urétrale inférieure pénètre facilement dans sa cavité et donne issue à du muco-pus. Elle entre dans mon service au début de juillet 1895, et j'excise toute la partie saillante de la tumeur par le vagin.

La plaie est fermée par un double plan de suture au catgut : un plan profond avec du catgut fin reconstituant la paroi de l'urètre, un plan superficiel fermant la paroi vaginale. Guérison rapide sans incident.

La partie excisée de l'urétrocèle est examinée au microscope par M. le professeur agrégé Sabrazès, et on constate bien qu'elle est formée par une muqueuse urétrale très enflammée.

Les observations de ce genre sont peu nombreuses. Aux vingt et une observations contenues dans la thèse de Padpremier, si on ajoute celles de Kuth, de Heyder, de Piasiski, de Dubourg (de Bordeaux), les deux cas d'Ozenne, celui de Etienne, et celui qui précède, on arrive à un total de vingt-neuf observations.

Elles comprennent trois variétés :

1° *Des urétrocèles vraies*, dilatations urétrales, analogues à l'observation ci-dessus, consécutives à des traumatismes de l'intestin, et principalement au travail obstétrical, communiquant, d'ordinaire assez largement, avec l'urètre, et contenant du muco-pus.

2° *Des fausses urétrocèles* de deux variétés :

α) Des tumeurs liquides (kystes du vagin congénitaux, kystes sanguins, etc.), ouvertes secondairement dans l'urètre, et contenant tantôt du pus vai, tantôt des matières rappelant le contenu des kystes sébacés. La maladie a deux périodes : une période kystique, une seconde période d'urétrocèle postérieure à la rupture du kyste dans le canal (cinq observations : deux cas de Priestley, un de Batuaud, un de S. Duplay, un d'Ozenne).

β) Des dilatations de lacunes urétrales contenant un ou plusieurs calculs, tumeurs non réductibles, dures, avec sonorité au passage de la sonde métallique, etc. Le calcul extirpé, la cavité revient sur elle-même et guérit seule (six observations : deux de Chéron, une de Gentile, une de Giraud (de Marseille), une de Piaseski, une de Dubourg).

Chacune de ces variétés mérite un traitement différent : incision ou excision de la poche urétrale pour l'urétrocèle vraie ; extirpation complète dans les cas de kyste ouvert dans l'urètre ; simple extirpation du calcul dans les dernières.

Effets dynamogéniques du massage du ventre. — **M. Romano** (de Bucharest). Des observations cliniques accumulées ont démontré à l'auteur que la kinésithérapie gynécologique (méthode de Brand), indépendamment de ses effets locaux, exerçait une action des plus remarquables sur l'état général.

Des expériences physiologiques nombreuses entreprises sur les femmes et sur des animaux montrent que le massage du ventre a un effet sur l'appareil cardio-vasculaire, effet qui tient d'un réflexe produit en massant même très légèrement la peau du ventre. Les massages forts produisent une parésie ou une paralysie de la circulation mésentérique et mettent le cœur dans un commencement de syncope.

Leucoplasie vulvo-vaginale et cancroïde. — **M. Eug. Monod** (de Bordeaux). D'une observation de leucoplasie vulvo-vaginale accompagnée de cancroïde — neuvième cas publié jusqu'à ce jour — l'auteur tire les conclusions suivantes :

La leucoplasie vulvo-vaginale, beaucoup plus rarement observée que la leucoplasie buccale, doit être absolument rapprochée de cette dernière ; ce sont deux affections de tous points similaires et de même nature.

Comme la leucoplasie buccale, la leucoplasie vulvo-vaginale offre une tendance marquée à subir la transformation épithéliomateuse. Elle est une des causes bien

1. Voy *Presse médicale*, n° 40, 14 août 1895, p. 320 et n° 41, 17 août 1895, p. 328.

SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DES TÉLÉPHONES
25, rue du Quatre-Septembre, Paris.
Installations Téléphoniques — Câbles et fils isolés — Pneumatiques de Vélocipèdes
Caoutchouc et Gutta-percha pour usages médicaux — Vêtements imperméables

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

VICHY-CÉLESTINS
Dyspepsies : Vin de Chassaing.
Aliment des enfants : Phosphatine Falières.
Constipation : Poudre laxative de Vichy.

HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

VIN GLYCOPHOSPHATÉ LANGLEBERT

Hygiène de la Bouche et Conservation des Dents
DENTIFRICE ANTISEPTIQUE BOBŒUF
Société du Phénol-Bobœuf, 22, Boul. Poissonnière, Paris.

DEPUIS QUATRE SIÈCLES : POUGUES
est le souverain remède des Affections de l'Estomac.

CHARBON NAPHTOLÉ FRAUDIN *granulé.*

établies du cancer primitif de la vulve et du vagin, affection très rare par elle-même.

En présence d'une leucoplasie vulvo-vaginale, il est indiqué d'enlever préventivement les parties malades, lorsque le nombre restreint des plaques blanches permet de le faire sans de trop grands délabrements. Dans le cas où les lésions sont confluentes, on devra exercer une surveillance attentive et intervenir au moindre indice suspect.

L'épithélioma de la vulve ou du vagin une fois confirmé devra, dans tous les cas, être opéré aussi hâtivement et aussi largement que possible, mais il comporte un pronostic des plus graves, en raison des chances très grandes d'une récidive soit locale, soit ganglionnaire.

Amputation supra-vaginale du col dans un cas de cancer et grossesse consécutive. — M. E. Monod. J'ai pratiqué, le 13 décembre 1892, la section du col chez une femme de trente-trois ans, atteinte d'épithélioma à forme nodulaire paraissant limité à cet organe. Le diagnostic a été confirmé à l'examen histologique. La malade restait bien guérie un an et demi après l'opération, lorsqu'elle revint nous trouver le 27 octobre 1894, en pleine hémorrhagie. Je constatai à ce moment une légère augmentation de volume de l'utérus et je ne mis pas en doute l'existence d'une récidive dans le corps. Pour combattre le danger pressant résultant de l'hémorrhagie, j'introduisis dans la cavité un crayon de chlorure de zinc. Le surlendemain, la malade expulsa avec de volumineux caillots un œuf entier de sept à huit semaines. Les suites de l'avortement furent simples. Nous avons revu Mme X... au mois de juin 1895. Elle garde les apparences d'une excellente santé et il n'existe pas trace de récidive locale.

Un premier fait se dégage de cette observation, c'est l'*existence d'une grossesse* dûment constatée chez une femme amputée du col pour cancer.

J'appelle en second lieu l'attention sur la *difficulté du diagnostic* dans des circonstances analogues. Si vraisemblable que soit cette hypothèse, on ne devra pas trop se hâter de conclure à une récidive, en présence du retour de pertes sanguines chez une femme qui a subi une intervention pour un cancer utérin.

Enfin, le cas actuel soulève une dernière question d'ordre plus général, celle de la *valeur des opérations partielles* dans le traitement du cancer du col. Ma malade restait sans récidive deux ans et demi après l'intervention. Une autre de mes opérées demeurait guérie au bout de cinq ans. Il est utile de faire connaître des observations de ce genre. Leur nombre se trouve à l'heure actuelle assez considérable pour qu'il soit impossible, lorsqu'on les rapproche de la longue liste d'échecs observés à la suite de l'hystérectomie totale, de repousser systématiquement les opérations partielles appliquées au cancer du col.

Traitement des déviations utérines par l'électricité. — Dr Régnier (de Paris). L'orateur s'appuyant sur une expérience qui porte sur 50 cas de déviations utérines dont 10 abaissements simples, 22 rétroversions, 10 rétroversions avec rétroflexion et 8 antéversions, montre que le traitement de ces affections par le courant d'induction ou le courant alternatif sinusoïdal donne de meilleurs résultats que les autres traitements médicaux, notamment les pessaires. Il faut pour un traitement complet de 20 à 40 séances.

Ce traitement est fondé sur des données physiologiques qui permettent d'en comprendre l'action puissante. Il est cependant insuffisant dans les cas de procidence complète de la matrice au dehors, ou lorsqu'il existe des adhérences très solides, provenant d'infections utérines ou péri-utérines anciennes.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE

Traitement des vomissements incoercibles des premiers mois de la grossesse par le curettage. — M. Audubert. Dans certains cas de vomissements incoercibles, devant l'insuccès complet de tous les moyens thérapeutiques, l'accoucheur, par la force des choses, peut être amené à provoquer l'avortement; il a à choisir entre un nombre considérable de méthodes. Mais presque toutes sont passibles des mêmes reproches: basées sur la mise en action de la contractilité utérine, elles échouent quand l'utérus est peu irritable; leur action est souvent peu sûre, peu efficace (une observation de Blanc entre autres, le prouve surabondamment), souvent aussi très lente : il a fallu cinq jours à Loviot, neuf à Pajot, pour obtenir l'expulsion de l'embryon. Enfin, elles exposent à la rétention placentaire avec ses complications hémorrhagiques et infectieuses. Parfois même la rétention s'aggravera du fait de la persistance des vomissements qui ne cesseront qu'après l'évacuation complète de l'utérus. Récemment, j'ai dû curetter une femme chez laquelle les vomissements, qui avaient persisté malgré la mort et l'expulsion du fœtus, cessèrent immédiatement après l'opération.

Par ces raisons : lenteur, inefficacité, possibilité d'amener la rétention placentaire avec ses conséquences, il me semble qu'il y aurait un intérêt majeur à débarrasser *en un seul temps* l'utérus de son contenu. On peut faire cette évacuation avec *le doigt*, mais l'observation de Marduel me paraît peu encourageante, et pour ma part je conseillerai de recourir au curettage instrumental, précédé de la dilatation avec les tiges de Hégar.

A ce dernier procédé, d'accord avec Doleris, Bœther, Puech, etc., je reconnais les avantages suivants : action rapide et certaine, évacuation *totale* de l'utérus et suppression des troubles réflexes (vomissements), hémorrhagie réduite à son minimum, innocuité en des mains prudentes et aseptiques.

Et je propose son emploi toutes les fois qu'on voudra provoquer rapidement l'avortement artificiel, en insistant sur ses indications précises et sa valeur toute particulière dans les vomissement incoercibles des premiers mois de la grossesse.

Bassin vicié. — Symphyséotomie. — Mort du sujet un an après opération. Autopsie. — M. Audubert, au nom de M. le professeur **Moussous**, présente un bassin symphyséotomisé, et lit l'observation qui s'y rapporte.

Il s'agit d'une femme rachitique, chez laquelle la symphyséotomie fut pratiquée le 23 février 1894, et qui eut des suites opératoires normales, à part un petit abcès de la grande lèvre droite qui se vida par l'orifice d'un point de suture, et qui guérit en six jours, après quelques injections de sublimé. Un mois après l'opération, elle quitta la clinique et reprit ses travaux pénibles (elle était cultivatrice). Enceinte de sept mois, elle revint dans le service un an après, le 25 mars 1895; elle y mourut le 6 avril, d'endocardite cérébrale, après avoir expulsé spontanément un fœtus mort.

A l'autopsie, on trouve des végétations endocarditiques, et la sylvienne gauche oblitérée par un caillot.

Quant au bassin que vous avez sous les yeux, il est remarquable par son asymétrie, sa malformation rachitique, et surtout par une tumeur osseuse, qui augmente considérablement le volume de la branche droite du pubis, en altère la forme, et qui, plongeant dans l'excavation, en rétrécit le diamètre antéro-postérieur. On y voit deux orifices qui communiquent avec une caverne centrale entourée de lamelles osseuses de nouvelle formation, près desquelles existent des lésions d'ostéite raréfiante.

M. le professeur Coyne, qui a bien voulu examiner la pièce, croit que cette exostose est due à une ostéite aiguë consécutive à la symphyséotomie.

Sur un cas de streptococcie survenue au huitième mois de la grossesse. — MM. Bar et Renon. Une femme est entrée à l'hôpital Saint-Louis avec une fièvre intense; elle était enceinte de huit mois environ et avait quelques contractions utérines.

On put recueillir des secreta cervicaux avant toute intervention alors que les membranes étaient intactes. Les cultures montrèrent que ces secreta contenaient du streptocoque pur.

Le grave état de la malade fit précipiter la marche du travail.

On cultiva du sang placentaire maternel, des colonies pures de streptocoques se développèrent.

L'enfant avait succombé peu de temps avant la terminaison du travail.

On cultiva de son sang pris au niveau du placenta, du foie, du cœur; des fragments de ses viscères foie et poumons.

Les cultures restèrent stériles.

La malade succomba cinquante-trois heures après l'accouchement et on trouva du pus dans le parametrium.

Dans ce fait, la streptococcie paraît avoir provoqué le travail; si le fœtus a succombé, il ne semble pas que les streptocoques aient franchi le placenta et envahi l'organisme fœtal.

Conduite à tenir dans l'avortement incomplet. — MM. Audubert et **Chaleix** (de Bordeaux). Nous appuyant sur de nombreuses observations personnelles, nous tenons à montrer que la rétention totale ou partielle du placenta abortif constitue, même en dehors de tout accident manifeste, un état dangereux qui tient la malade sous l'imminence d'une hémorrhagie soudaine ou d'accidents septicémiques immédiats ou à distance.

Lorsque ces accidents existent, les moyens communément employés (injections vaginales ou internes) sont le plus souvent insuffisants, et n'amènent qu'une hémostase passagère et une désinfection incomplète.

L'objectif rationnel est l'évacuation totale de l'utérus par le curage digital ou instrumental. Le curage digital doit toujours être tenté; il est souvent difficile de le faire complet. Lorsqu'il échoue, il faut recourir au curettage instrumental. La curette n'est insuffisante qu'entre des mains trop timides et n'est dangereuse qu'entre des mains brutales et malpropres. Sur trente-cinq curettages *post abortum*, nous n'avons jamais eu une opération incomplète. La guérison des accidents a toujours été obtenue, sauf dans un seul cas, où la malade, profondément infectée, a succombé cinq jours après l'opération. Le curettage est une opération vraiment chirurgicale qui peut avoir à faire face à des difficultés et à des accidents épineux. Mais nul n'est obligé de la faire : dans l'infection, on a relativement assez de temps devant soi pour recourir à un confrère plus expert. Dans l'hémorrhagie, on n'a pas le même loisir, mais on a sous la main la ressource précieuse *du tamponnement utérin*, infaillible procédé d'hémostase.

Même en dehors de tout accident, l'expectation pure est pour nous une imprudence. L'infection peut faire des progrès insidieux, et lorsqu'elle se manifestera nettement, elle sera déjà maîtresse du terrain, non pas toujours au point d'amener des accidents mortels, mais très souvent de provoquer des phénomènes morbides immédiats ou tardifs, qui constitueront une tare pathologique pour l'avenir. Comme nous en avons vu des cas, une hémorrhagie peut survenir soudaine et inattendue et compromettre par sa violence la vie de la malade. Donc, il faut considérer le placenta ou tout fragment de placenta comme un hôte dangereux dans l'utérus, *même en dehors de tout accident*. Si l'on voit que la marche du travail est interrompue et qu'il n'y a pas lieu d'espérer une prompte issue spontanée du délivre, on l'extraira par le curage digital ou le curettage instrumental. En tout cas, lorsqu'on ne peut soumettre à une surveillance étroite une femme qui a fait un avortement incomplet, nous considérons comme une faute de la quitter, sans l'avoir mise dans l'impossibilité absolue d'avoir, loin de tout secours, une hémorrhagie soudaine, et pour cela, nous préconisons le tamponnement utérin, qui joint à une innocuité complète une parfaite prophylaxie.

Rotation interne de la tête et circulaires du cordon autour du col fœtal. — M. Lefour (de Bordeaux). Dans les cas de circulaires où le cordon est assez long pour permettre la descente complète de la tête fœtale, cette disposition peut gêner le mouvement de rotation. Le sens de l'enroulement du cordon a une grande importance à ce point de vue, la rotation amenant soit le déroulement du cordon, soit la striction des circulaires. De là résultent, dans certains cas, des difficultés de la rotation, ou des troubles circulatoires compromettant le fœtus.

Note sur l'ictère grave chez les femmes enceintes. — M. Demelin (de Paris). Trois observations avec deux morts. La durée de la maladie et les accidents nerveux sont d'une grande importance pour le pronostic. Les indications thérapeutiques sont : l'antisepsie intestinale, la saignée, l'accouchement prématuré, provoqué le plus rapidement possible

Planches anatomiques : coupes horizontales du cadavre congelé d'une femme enceinte de six mois. — M. Calderini (de Bologne). Présentation de quatre planches obtenues par décalque de coupes faites entre l'ombilic et l'arcade pubienne.

De la mensuration pelvienne, à propos de la symphyséotomie. — M. Crouzat (de Toulouse). La mensuration digitale du bassin fait commettre un grand nombre d'erreurs et des erreurs importantes (1 à 2 c/m 1/2). Le palper mensurateur donne des résultats aussi vagues. Il faut faire la pelvimétrie instrumentale, pour laquelle M. Crouzat considère son pelvimètre comme supérieur à l'instrument de M. Farabeuf.

Phlegmon du ligament large pendant la grossesse. — M. Oui (de Lille). Un cas de phlegmon se développant pendant la grossesse et devant être rattaché à une infection puerpérale antérieure. Incision et drainage. Un avortement se produit le douzième jour, à la suite d'une poussée fébrile. Le drainage avait été probablement supprimé trop vite. C'est un point sur lequel il faut tout particulièrement veiller dans les cas semblables, pendant la grossesse.

Injections de sérum artificiel en obstétrique avec présentation d'appareil. — M. Audebert. J'ai employé les injections de sérum artificiel :

1° Après les hémorrhagies graves.

2° Chez les éclamptiques.

3° Chez les femmes atteintes d'auto-intoxications de forme et de gravité variables, mais qui reconnaissent toutes pour cause l'insuffisance rénale et hépatique; les symptômes les plus fréquents sont : les petits accidents de brightisme, vomissements, etc.

Les résultats en ont été extrêmement satisfaisants.

Chez les nouveau-nés, prématurés ou débiles, les résultats ont été moins bons que dans les cas précédents, et presque nuls chez les athrepsiques.

Je me sers d'un appareil entièrement en verre, et par conséquent d'une asepsie facile; l'écoulement est obtenu par la pression atmosphérique.

J'ajoute une quantité variable de liquide, 300 centimètres cubes à 1 litre chez les adultes, 10 à 30 centimètres cubes chez les nouveau-nés.

Je n'ai jamais eu d'accidents : seulement un peu de douleur, un peu d'excitation cérébrale, quelquefois une légère élévation de température, 1/2 degré environ.

Eustache (de Lille). — **Amputations congénitales. Amputation par une bride amniotique de trois orteils du pied gauche.**

SECTION DE PÉDIATRIE

Un cas de tumeur gazeuse du cou chez l'enfant. — Dr Bezy (de Toulouse). J'ai vu, en février dernier, un enfant de trois mois porteur d'une tumeur gazeuse du cou, donnant la sensation de la neige froissée, et à l'auscultation présentant des râles crépitants isochrones aux mouvements respiratoires. Le début paraît remonter à une crise d'étouffement au cours d'une bronchite. On a fait quelques mouchetures et il a bien guéri; il s'agissait d'emphysème sous-cutané d'origine pulmonaire.

J'ai fait à ce sujet quelques recherches, et j'ai trouvé trois mémoires importants dus à Natalis Guillot, à Ozanam et à Henri Roger (*Arch. gén. de méd.* 1853, 1854 et 1862); j'ai trouvé aussi des cas analogues cités par Richardière (*Méd. mod.*, 7 avril 1894), Gibson (*the Lancet*,

8 octobre 1894), Varnali (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, mai 1894).

De ce fait et des études citées je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes : l'emphysème sous-cutané dû à une rupture pulmonaire, chez l'enfant, mérite une place plus importante que celle qui lui est faite dans les traités classiques de pédiatrie. Son pronostic très variable est subordonné à la lésion initiale. Le traitement par les mouchetures a quelquefois donné de bons résultats et ne doit être employé que si la resorption ne se fait pas naturellement. L'anatomie pathologique demande d'autres recherches, notamment en ce qui touche la question de savoir s'il est dû à un état spécial du poumon chez l'enfant ou à la fréquence des accidents respiratoires à cet âge.

Résultats éloignés de la tarsectomie postérieure cunéiforme dans le traitement des pieds bots varus équins congénitaux anciens. — **M. Gross** (de Nancy) considère que le traitement de choix, dans les pieds bots varus équins congénitaux anciens, est l'*extirpation de l'astragale avec résection complémentaire de la grande apophyse du calcanéum* et rappelle les considérations d'anatomie pathologique sur lesquelles il a basé son procédé opératoire. L'équinisme qui résulte d'une subluxation en avant de l'astragale irréductible, par disproportion entre le diamètre transverse de la poulie et celui de la mortaise tibio-péronière, ne peut être modifié que par la résection de l'astragale. La disparition du cal de cet os et la résection de la partie antérieure du calcanéum remédieront à l'adduction, à l'inflexion et à la torsion de l'avant-pied. Quant à celui-ci, il est inutile d'y toucher. Il sera toujours indiqué de faire des ténotomies et aponévrotomies pour lever les obstacles provenant des parties molles. L'opération, telle que la comprend l'orateur, réunit les avantages de l'astragalectomie simple et de la tarsectomie cunéiforme médiotarsienne. Elle évite les résections tarsiennes étendues.

M. Gross compte 19 opérations de tarsectomie pour pieds bots anciens exécutées sur 14 sujets. Chez 4, il n'y a eu qu'astragalectomie ; chez les 10 autres, tarsectomie postérieure cunéiforme. Les opérations ont été faites sur des sujets âgés de quatre à seize ans, qui presque tous avaient subi des traitements orthopédiques antérieurs. Elles datent, les plus récentes de quelques mois, les plus anciennes de neuf ans. La plupart des opérés ont été revus récemment.

Les résultats définitifs doivent être examinés au point de vue du maintien de la correction et des signes de récidive, de la restitution des fonctions du pied et de l'influence de l'opération sur le développement ultérieur du pied.

En éliminant 2 cas trop récents pour entrer en ligne de compte, et 1 opéré perdu de vue, M. Gross compte 7 observations (avec 13 opérations) de tarsectomie cunéiforme postérieure. Chez tous, la correction de la position du pied s'est maintenue. Il n'y a plus d'équinisme. Au point de vue de la forme du pied, elle est défectueuse dans trois cas : chez un enfant devenu idiot et épileptique, chez deux autres où il y a des accidents de suppuration (opérations pratiquées à une époque où l'asepsie était encore défectueuse dans le service). Chez 4 opérés enfin (2 pieds bots simples, 2 pieds bots doubles), c'est-à-dire 6 opérations, la restitution de la forme du pied est irréprochable. Il en est de même des fonctions du pied. Quant à l'influence de la résection sur le développement ultérieur du pied, elle semble minime. Le rapport entre les dimensions du pied opéré et les pieds sains correspondants restent les mêmes après comme avant l'opération.

Dissection de quelques variétés de pieds bots. — **M. Mauclaire.** Il nous a paru intéressant de rapporter ici les données anatomiques que nous avons constatées au cours de la dissection de plusieurs variétés de pieds bots.

1er *cas*. Il s'agit d'un spina bifida avec double pied bot varus talus et luxation coxofémorale double et suscotyloïdienne. Au niveau du spina bifida, quelques filets nerveux seulement aboutissaient à l'ombilic de la tumeur, le reste de la queue de cheval avait son trajet normal. Quant aux deux pieds bots, les deux lésions étaient symétriques à droite et à gauche ; il s'agit tout simplement d'un renversement total en dehors de l'astragale, tel que la face interne de celui-ci est devenue supérieure et articulaire avec la mortaise tibiale. Tous ces changements de direction des os du pied sont sous la dépendance de la rotation astragalienne. Il est difficile de dire si les muscles de la jambe sont atrophiés, puisque la lésion est symétrique.

La luxation congénitale de la hanche est sus-cotyloïdienne, la cavité déshabitée est normale, la capsule articulaire, très longue, s'insère au pourtour de la néocavité en haut et au sommet cotyloïdien en bas ; le ligament rond est très long. L'orientation de la tête fémorale paraît être en antéversion exagérée. En somme, cette coïncidence de trois malformations, observées à la naissance, chez le même sujet, nous paraît montrer que toutes trois ont la même cause, mais celle-ci est bien difficile à préciser, qu'elle soit mécanique, osseuse ou nerveuse. Cette dernière est bien probable dans ce cas.

Le 2e *cas* était un pied bot varus équin. Les os présentaient les changements de forme et les changements de directions classiques. Entre autres déformations, je signalerai la calc externe astragalienne de Nélaton, l'existence d'une véritable face postérieure astragalienne, surtout la formation d'ecchondroses sur la partie externe de la face antérieure du calcanéum ; sur cette *calc calcanéenne* venait buter la face postérieure oblique de cuboïde dans les efforts de réduction. Enfin, en dedans, existait symétriquement une *calc scaphoïd-enne* formée par le tubercule interne hypertrophié du scaphoïde. Je passe sur les autres lésions classiques.

3e *cas*. Pied bot varus équin avec varus prédominant. Les changements de direction des os étaient classiques. Les lésions osseuses étaient peu marquées, sauf une sorte d'exostose au niveau de l'extrémité antérieure de la face supérieure du calcanéum. Il existait, en outre, une hyperostose au niveau de la face inférieure des premiers cunéiformes avec ankylose osseuse entre les cunéiformes et les métatarsiens. Ici donc, pas de cales astragaliennes, calcanéennes ou scaphoïdiennes. Pour une même déviation, les lésions peuvent donc être bien différentes et porter, soit sur les os, soit sur les ligaments, soit sur les muscles.

4e *cas*. Pied bot varus équin gauche. En essayant de réduire, je m'attendais ici à des lésions osseuses étendues ; or, à la dissection, il n'en existait aucune au point de vue de la forme des os et la section des parties molles au niveau de la médio-tarsienne, c'est-à-dire le Phelps, fit disparaître complètement la déformation.

Telles sont les données anatomiques ; elles serviront peut-être plus tard à expliquer la pathogénie des différentes variétés de pieds bots quand la pathologie du fœtus sera mieux connue.

De l'extension continue dans les affections du rachis. — **M. Piéchaud.** L'extension est faite avec un tube en caoutchouc. On applique ensuite un corset qui ne prend pas point d'appui sur le thorax et qui est attaché à la tête du lit par deux lacs extenseurs.

Cet appareil peut s'appliquer sur le lit ou sur une planche ou claie, et l'enfant peut être promené au grand air.

M. Lannelongue. La gouttière de Bonnet a eu de grands avantages, mais ses principes sont défectueux, l'enfant est immobilisé en mauvaise position. En effet, l'enfant doit reposer sur un plan exactement horizontal et qui ne s'enfonce pas. Or la gouttière forme un angle ouvert en haut, et l'extension ne peut être faite dans l'horizontalité.

De plus, il est impossible de tenir l'appareil propre et inodore. M. Lannelongue préfère une planche matelassée ; l'extension est faite par un bandage de corps qui entoure le thorax et qui est fixé en haut et en bas par des lacs. Il faut donc des appareils à découvert pour que la propreté soit parfaite.

Indicanurie et ictère du nouveau-né. — **M. Baumel** (de Montpellier). La coloration de l'urine était intermittente et la guérison fut cependant rapide. On appliqua de l'onguent napolitain au niveau de la région hépatique. Une hémorrhagie de la mère a peut-être eu une influence.

Du tremblement chez l'enfant. — **MM. Baumel et Boïadjieff** (de Montpellier). Enfant d'alcoolique. Chute à l'âge de dix ans sur le côté droit. On notait une légère hyperostose ; depuis, le tremblement est continu, exagéré le matin quand il se levait. Rétrécissement visuel, mais pas semblable à celui des hystériques, des ataxiques, etc. : il y a interversion des couleurs. C'est de l'hystéro-traumatisme. Actuellement, par le simple séjour à l'hôpital l'amélioration est évidente.

Trois thyrotomies chez le même sujet. — **M. Demons** (de Bordeaux). L'enfant avait mis dans sa bouche un objet en plomb qui se fragmenta. Un des fragments pénétra dans la cavité laryngienne. On fit la thyrotomie et le corps étranger fut enlevé facilement. Mais, peu de temps, après en voulant enlever la canule on reconnut l'existence d'une cicatrice entre les deux cordes vocales. Deuxième thyrotomie pour sectionner la bride cicatricielle ; mais, après avoir écarté les deux valves, on ne voit plus la cicatrice antéro-postérieure. La dyspnée persista. Nouvelle thyrotomie, et on trouva au-dessous des cordes vocales la bride antéro-postérieure. Guérison.

Les trois fois l'épération a été très simple ; il faut la préférer aux tentatives d'extraction par les voies naturelles.

Analyse d'urine chez les rachitiques. — **MM. Daumel et Ochsner de Coninck** (de Montpellier). La magnésie peut remplacer la chaux dans les urines des rachitiques. Il y a de nombreux pigments qui résistent aux très hautes températures.

Du rôle des ligaments et des capsules articulaires sur les épiphyses pendant leur période de développement. — **M. Lannelongue** (de Paris). Brièveté des deux ligaments rotuliens produisant une luxation intermittente de chaque rotule : prétibidale à droite, en coin et dans l'articulation à gauche.

De l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure de la hanche. — **M. Demons.** Il s'agit de deux sujets atteints de cette lésion. Dans le premier cas on a cru longtemps à une coxalgie. L'ostéomyélite peut survenir chez de très jeunes enfants, comme M. Demons en rapporte une observation.

M. Broca. J'ai souvent noté cette ostéomyélite du jeune âge comme l'a montré la statistique de Braquehaye faite à Trousseau.

M. Lannelongue. L'ostéomyélite n'est pas une maladie des adolescents. J'ai vu des ostéomyélites chez des enfants de quinze jours ; dans un cas l'ostéomyélite à streptocoque avait pour porte d'entrée une suppuration ombilicale. Toutes les ostéomyélites ne sont pas articulaires, il y en a qui sont sous-articulaires. Tantôt il y a donc arthrite, tantôt il n'y en a pas. A la hanche il y a des lésions diaphyso-épiphysaires : la tête est détachée, l'extrémité supérieure du fémur est flottante. Il est difficile de dire si l'affection est iliaque ou fémorale. La pression fémorale est très douloureuse, si la lésion est fémorale ; il n'y a pas de douleur, si la lésion est iliaque.

J'ai noté des exostoses multiples chez des gens dont les parents avaient eu de l'ostéomyélite chronique. Dans le premier cas, deux enfants sur trois et dans le second la fille unique ont eu des exostoses. Je pense qu'il s'agit là d'une affection osseuse septique persistante, devenant chronique. Quell a été l'influence exercée par les staphylocoques en pareil cas ? Les produits toxiques sécrétés par les microbes ont-ils héréditairement contribué, en passant dans la cellule cartilagienne ou périostale destiné à faire de l'os, à la genèse de ces exostoses ? ou au contraire, ont-ils agi par l'intermédiaire du système nerveux ? Voilà autant de points obscurs, mais bien intéressants que je livre à vos recherches personnelles.

De quelques causes d'erreur dans le diagnostic de certaines maladies du membre inférieur chez l'enfant. — **M. Bézy** (de Toulouse). Sans avoir la prétention de présenter une classification complète, je ramènerai à six types les causes d'erreur de ce genre qui m'ont été révélées par ma pratique personnelle.

1° Rachitisme, sans lésions osseuses apparentes sur les membres inférieurs, simulant la paralysie spinale par la flaccidité et la paresse musculaire. 2° Rachitisme, simulant par des malformations des parties supérieures du fémur la luxation double congénitale de la hanche. 3° Paralysie atrophique légère et à début insidieux, simulant une luxation congénitale unilatérale. 4° Paralysie atrophique simulant la coxalgie. 5° Pseudo-coxalgie hystérique ayant simulé la coxalgie. 6° Un enfant qui avait simplement des malformations rachitiques des fémurs a simulé successivement la paralysie atrophique et la luxation congénitale double de la hanche.

Le diagnostic, souvent très difficile, se fera par l'examen électrique, par l'examen méthodique du membre et de l'articulation.

Note sur le traitement du pied bot varus équin. — **M. Calot** (de Berck). Les opérations de Nélaton et de Phelps sont certainement excellentes.

Mais elles nécessitent dans les cas avancés des délabrements assez considérables, et l'on peut presque toujours arriver par un procédé beaucoup plus économique à une réduction parfaite.

L'adduction et l'enroulement du pied sont corrigés par des manœuvres de tassement faites en sens inverse de la déviation, manœuvres patientes, méthodiques et prolongées.

Il ne reste plus à corriger que la déviation de l'arrière-pied. Cette déviation est caractérisée par une élévation du bord interne du pied et l'équinisme.

M. Martinez Vergas (de Barcelone). **Chlorhydrate de phénocol dans la coqueluche.**

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

13 août 1893.

Vaccination par des toxines latentes contrebalancées par des antitoxines sanguines. — **M. Babes** (de Bucharest). La toxine d'un virus possède la faculté de vacciner contre une maladie ; d'autre part, l'antoxine possède la faculté de détruire la toxine. Que donne le mélange de la toxine et de l'antitoxine ?

L'expérience montre que ces deux substances ne sont pas entièrement paralysées l'une par l'autre, que leur mélange n'est pas dépourvu de toute action.

J'ai, dans une série d'expériences, recherché si ce mélange pouvait être utilisé comme vaccin et j'ai eu recours dans ce but à la toxine et au sérum diphtériques. Mes expériences prouvent que le virus paralysé diphtérique, loin d'être inefficace quoique étant inoffensif, constitue un vaccin puissant ; on vaccine ainsi tout aussi sûrement et plus rapidement qu'au moyen de la toxine seule.

M. Ferrand : *Essai physiologique sur la musique.*

20 août 1893.

Le curettage des abcès du foie. — **M. Fontan** (de Toulon). Je traite depuis environ cinq années les abcès par l'incision large et si c'est nécessaire, la résection des côtes, la suture de la plèvre ou du péritoine. J'ai toujours soin de pratiquer un curage complet de la cavité abcédée et, grâce à ce moyen, j'ai obtenu 86. 66 pour 100 de succès.

M. Lédée. — *Des habitations des nourrices et des rapports des conditions d'hygiène de ces habitations avec la mortalité des enfants confiés à ces nourrices.*

CHLORAL BROMURÉ DUBOIS

Sirop prescrit à la dose de 3 à 6 cuillerées, selon l'âge, dans les 24 heures

MALADIES NERVEUSES, INSOMNIES, VERTIGES, ETC.... COQUELUCHE

Paris, 20, Place des Vosges ET TOUTES PHARMACIES.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment.

4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

TUBERCULOSES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.

LA MIEUX TOLERÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et **Antiseptique,** elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante,** elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

BROMIDIA HYPNOTIQUE ANTINÉVRALGIQUE

Bien qu'opposé à l'usage de spécialités pharmaceutiques, je fus frappé de la formule de votre **BROMIDIA**, et connaissant l'action des ingrédients qui la composent, je ne pouvais me résoudre à croire que la combinaison aurait un plus grand pouvoir que les composants. Cependant, je me soumis à l'essayer dans un cas obstiné de Névralgie mammaire qui avait été réfractaire à une infinité d'autres médicaments. Le résultat fut brillant et dépassa de beaucoup mon attente.

Je fis alors des expériences avec une préparation faite, selon la formule du **BROMIDIA**, par un pharmacien expérimenté, mais les résultats furent incomparablement inférieurs à ceux que donne votre produit. Est-ce à cause de la plus grande pureté de vos drogues ou d'un mode spécial de combinaison?

Je vous remercie, au nom de l'humanité souffrante, et je demeure, bien à vous,

Barrafranca, Italie, 20 juillet 1893. Dr. ORAZIO SATARIANO.

AVIS IMPORTANT. — Se défier des nombreuses imitations vendues sous le nom de BROMIDIA. Prière à MM. les médecins de bien spécifier la marque BATTLE'S BROMIDIA

DÉPOT GÉNÉRAL POUR LA FRANCE ET LES COLONIES :

ROBERTS et Co, pharmaciens-droguistes, *5, rue de la Paix, PARIS*

Prix : 5 fr. — *Brochure et échantillons envoyés à MM. les Médecins sur demande* — Prix : 5 fr.

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vital de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER

1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULE; 3° SOL. INJECTABLE 4° SIROP;

Indiqué dans : *NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES*, etc.

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

PHOSPHOVINATE D'OR JOLLY Reconstituant et Sédatif des CELLULES NERVEUSES

par l'ACIDE PHOSPHORIQUE, stimulant et anti-diathésique par l'OR

Spécifique réel des **MALADIES NERVEUSES** ET DU **DIABÈTE**

DOSES : 10 à 80 gouttes par jour en 2 fois progressivement.

PARIS, 64, Faubourg Poissonnière

LYSOL

LE SEUL ANTISEPTIQUE DÉRIVÉ DU GOUDRON

ENTIÈREMENT SOLUBLE DANS L'EAU

FLACON D'ÉCHANTILLON franco à MM. les médecins qui en font la demande.

Société française du LYSOL. 24, place Vendôme, PARIS

TROUSSE de " LA PRESSE MÉDICALE " préparée par ADRIAN et Cie, Paris

DONNANT SEULE DROIT AU

Diagnostic GRATUIT de la DIPHTÉRIE

Cette TROUSSE, UNIQUEMENT DESTINÉE AUX MÉDECINS, renferme **deux tubes de Sérum gélatinisé, un tube verre stérilisé, une spatule à ensemencement, une instruction sur la manière de s'en servir ainsi qu'un avis de retour** et une adresse imprimée pour le renvoi de la boîte **" Au Laboratoire de la Presse Médicale ", *3, Rue Racine, Paris,*** qui, GRATUITEMENT, dans les 24 heures, fera le diagnostic et leur en adressera les résultats.

Le prix de la Trousse, au public, est de 3 fr. — On la trouve dans toutes les Pharmacies. — Vente en gros : *9 et 11, Rue de la Perle, Paris.*

Pour la garantie de fabrication du Sérum, pour la certitude et la rapidité du diagnostic ***EXIGER la Trousse*** *de " LA PRESSE MÉDICALE " préparée par* **ADRIAN et Cie.**

DRAGÉES DE DUROZIEZ AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON

Pharmacie DUROZIEZ

58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

LE **VÉRITABLE THAPSIA**

doit porter les Signatures

Ch. Le Perdriel Reboulleau

Les exiger pour éviter les accidents reprochés aux imitations.

TOILE VÉSICANTE LE PERDRIEL

Action Prompte et Certaine

EXIGER LA COULEUR ROUGE

La plus ancienne. — La seule admise dans les Hôpitaux civils.

LE PERDRIEL et Cie, Paris.